Composante du produit nº 82-003-X au catalogue de Statistique Canada
Rapports sur la santé

Article

Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada

par Edward Ng, Kevin Pottie et Denise Spitzer

Octobre 2011

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada

par Edward Ng, Kevin Pottie et Denise Spitzer

Résumé

Contexte
Les immigrants qui arrivent au Canada déclarent initialement un meilleur état de santé que la population née au pays. Avec le temps, cet « effet de l'immigrant en santé » semble diminuer. La capacité limitée de parler l'anglais ou le français a été déterminée comme un facteur éventuel d'un mauvais état de santé. La présente analyse explore le rapport entre la connaissance autodéclarée des langues officielles et la transition vers un mauvais état de santé autodéclaré.

Données et méthodes
Dans le cadre de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada de Statistique Canada, un échantillon de la cohorte des immigrants de 2001 a été suivi pendant quatre années (6, 24 et 48 mois après leur arrivée). En tout, 7 716 personnes ont fourni des données aux trois vagues de l'enquête. Une analyse bivariée et multivariée a servi à examiner les associations entre la connaissance des langues officielles et l'état de santé autodéclaré, selon le sexe, en tenant compte de certains facteurs avant et après immigration. Le taux de prévalence d'un mauvais état de santé chez les immigrants a été comparé à celui dans la population née au Canada, en se fondant sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Résultats
Au sein d'un échantillon représentatif d'immigrants récents, la prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré augmentait de façon substantielle après quatre années au Canada, et ce, particulièrement chez les femmes. La connaissance limitée, pendant une période prolongée, d'une langue officielle a été étroitement associée à la transition à un mauvais état de santé chez les hommes et les femmes immigrants qui avaient auparavant déclaré une bonne santé. D'autres facteurs associés de façon significative à une augmentation de la prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré différaient selon le sexe. Le statut de réfugié, la discrimination autodéclarée et le fait de vivre à Vancouver étaient des facteurs significatifs pour les hommes. L'âge, les difficultés d'accès aux soins de santé et l'attitude peu amicale des voisins étaient significatifs pour les femmes.

Mots-clés
Accessibilité des services de santé, état de santé, effet de l'immigrant en santé, immigration, études longitudinales, géographie médicale.

Auteurs
Edward Ng (1-613-951-5308, edward.ng@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6. Kevin Pottie et Denise Spitzer travaillent à l'Université d'Ottawa.

Lorsque les immigrants arrivent au Canada, ils sont généralement en meilleure santé que leurs homologues nés au Canada. Toutefois, cet « effet de l'immigrant en santé » peut diminuer avec le temps[1,2]. La transition à un moins bon état de santé a été observée dans l'état de santé général autodéclaré[3,4], l'état de santé mentale[5-7], la prévalence des maladies chroniques[8-11], ainsi que les données sur les naissances et les décès[12-14]. De multiples facteurs démographiques, socioéconomiques et comportementaux avant et après immigration ont été proposés comme ayant contribué à cette détérioration de l'état de santé[15-30], y compris la capacité des personnes de fonctionner dans la langue du nouveau pays[31].

À partir de recherches antérieures concernant l'adaptation des immigrants[32-36], la présente étude repose sur l'hypothèse qu'une connaissance limitée d'une langue officielle peut être associée à la santé des immigrants. Pas moins de 80 % des personnes qui sont arrivées au Canada entre 2001 et 2006 provenaient de régions d'origine non traditionnelles — Asie, Amérique du Sud et Afrique[37]. Six mois après leur arrivée, un pourcentage substantiel des nouveaux immigrants (37 %) déclaraient une connaissance limitée des langues officielles[31]. À partir des données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, la présente analyse examine le rapport entre la connaissance autodéclarée des langues officielles et les transitions à un mauvais état de santé autodéclaré au cours des quatre premières années au pays.

Méthodes

Sources des données

L'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada (ELIC) de Statistique Canada est une enquête par cohorte basée sur la population. Des quelque 250 000 immigrants qui se sont établis au Canada entre octobre 2000 et septembre 2001, environ 21 000 de 15 ans et plus ont été sélectionnés pour participer à l'ELIC, au moyen d'une stratégie d'échantillonnage stratifiée. Environ 12 000 d'entre eux ont participé à la première vague de l'enquête six mois après leur arrivée (un taux de réponse de 61 %). La deuxième vague a été menée environ deux ans après leur arrivée, et la troisième vague, quatre ans après. Les vagues 2 et 3 comptaient 9 322 et 7 716 participants respectivement et ont produit des taux de réponse longitudinaux de 48 % et 40 % respectivement. La présente étude est fondée sur les 7 716 participants qui ont fourni des données aux trois vagues de l'enquête.

Les faibles taux de réponse longitudinaux sont attribuables dans une large mesure à la perte de vue de 28 % de l'échantillon de la vague 1[38]. Parmi les personnes avec qui l'on a pu prendre contact, les taux de réponse étaient élevés (d'environ 80 %)[39]. Des techniques fondées sur un modèle ont servi à corriger les biais attribuables à la non-réponse et à l'érosion de l'échantillon[40].

Une partie de l'enquête était consacrée aux questions de santé, y compris l'état de santé général ainsi que l'accès aux soins de santé et les obstacles à l'accès aux soins de santé. D'autres sections ont servi à recueillir des données qui ont été utilisées comme covariables dans la présente analyse : compétences linguistiques, emploi, participation sociale, logement, soutien social, attitude amicale des voisins, discrimination et lieu de résidence.

L'ELIC a été administrée dans 15 langues – anglais, français, chinois (mandarin, cantonais), punjabi, farsi/dari (une seule langue), arabe, espagnol, russe, serbo-croate, ourdou, coréen, tamil, tagalog et gujarati. Ces langues sont parlées par environ 93 % des immigrants au Canada.

À partir de la méthode utilisée dans une étude antérieure[22], les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001, 2002-2003 et 2005 ont servi à produire des données comparatives pour la population née au Canada. Les participants à l'ESCC ont été sélectionnés de façon que leur vieillissement corresponde à celui de la cohorte de l'ELIC : 15 ans et plus pour la première vague de l'ELIC en 2001; deux ans plus tard, 17 ans et plus pour la deuxième vague; et, quatre ans plus tard, 19 ans et plus pour la troisième vague.

Analyse des données

Des statistiques bivariées ont servi à établir un profil des changements dans l'état de santé autodéclaré des immigrants, 6, 24 et 48 mois après leur arrivée, selon certaines caractéristiques. La méthode directe de normalisation selon l'âge, fondée sur la structure de population de l'ELIC, a servi à comparer les taux de prévalence du mauvais état de santé avec ceux dans la population née au Canada. Cette normalisation tient compte de la répartition relativement jeune des immigrants récents.

À partir de régressions logistiques, on a exploré l'association entre les changements dans la connaissance autodéclarée des langues officielles et une transition à un mauvais état de santé autodéclaré à la vague 3, chez les immigrants ayant déclaré une bonne santé aux vagues 1 et 2, en tenant compte des facteurs confusionnels éventuels avant et après immigration. On a utilisé un logiciel en SAS et des procédures SUDAAN en version appelable en SAS pour intégrer les poids *bootstrap* qui rendent compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête. L'analyse a été menée séparément pour les hommes et pour les femmes[15,23,24].

Définitions et justification des inclusions

L'état de santé et les connaissances linguistiques autodéclarés sont les variables clés de la présente analyse. L'état de santé autodéclaré est corrélé à la morbidité, à la mortalité et à l'utilisation des services de santé[41-44]. On a demandé aux participants d'évaluer leur état de santé; les réponses ont été dichotomisées pour ceux qui ont répondu bon (excellent, très bon, bon) et mauvais (passable ou mauvais).

Les questions sur la langue de l'ELIC mettaient l'accent sur la connaissance des langues officielles (français et anglais). Aux fins de la présente analyse, les six catégories possibles de connaissance ont été dichotomisées pour ceux qui ont répondu bonne (parle bien, parle très bien, langue maternelle) et limitée (ne sait pas parler cette langue, parle mal, parle assez bien)[31,36]. On s'est servi à la fois de l'anglais et du français pour déterminer la connaissance de la langue au Québec; on a utilisé uniquement l'anglais ailleurs[36].

Une variable indiquant un changement dans la connaissance des langues officielles a été construite à partir des données tirées des vagues 1 et 2 :

- constamment bonne si le participant avait une bonne connaissance aux deux vagues;
- en hausse si le participant n'avait pas une bonne connaissance à la vague 1, mais avait une bonne connaissance à la vague 2;
- en baisse si le participant avait une bonne connaissance à la vague 1, mais pas à la vague 2;
- constamment limitée si le participant n'avait une bonne connaissance dans ni l'une ni l'autre des vagues.

Les covariables examinées dans le rapport entre la connaissance des langues officielles et l'état de santé autodéclaré ont été regroupées en facteurs de risque avant immigration (vague 1) et après immigration (vagues 1 à 3).

Parmi les facteurs avant immigration figuraient le niveau de vie dans le pays d'origine, la catégorie d'immigrants, le niveau de scolarité au moment de l'arrivée et l'appartenance à une minorité visible. On a utilisé le produit intérieur brut (PIB) par habitant du pays d'origine,

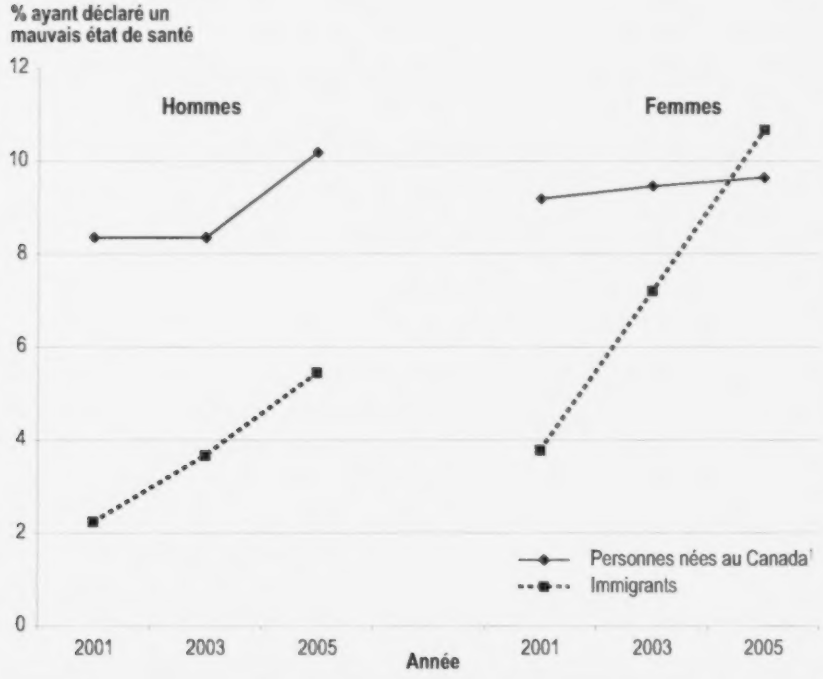
corrigé en fonction du taux de parité de pouvoir d'achat[35], afin de tenir compte des différences socioéconomiques pouvant influencer les perceptions de la santé, pour indiquer le niveau de vie dans le pays d'origine. Les pays ont été classés selon leur niveau de PIB.

Les catégories d'immigrant comprennent : les réfugiés (qui viennent généralement pour des raisons humanitaires); la catégorie du regroupement familial (personnes habituellement parrainées par des citoyens canadiens pour permettre la réunification des familles); et la catégorie de l'immigration économique, y compris les membres de la famille (personnes qui viennent habituellement pour faire partie de la population active ou pour lancer une entreprise). On a exclu les candidats des provinces et les personnes qui n'ont pu être classées (n=43).

L'appartenance à une minorité visible a été déterminée sur la base des autodéclarations sur l'appartenance à un groupe de minorité visible à la vague 1, y compris les groupes Chinois, Asiatiques du sud, Philippins et Noirs.

Les facteurs après immigration de la vague 2 qui pourraient intervenir dans l'association entre les connaissances linguistiques et la santé[34] ont été intégrés dans l'analyse : problèmes économiques, obstacles à l'accès aux soins de santé et isolement social. La satisfaction au travail (oui, non, ne travaille pas) et le revenu de la famille (aucun revenu, faible revenu ou revenu relativement élevé par rapport à la médiane et données manquantes) ont été utilisés comme valeur de substitution pour les problèmes économiques. Les problèmes déclarés d'accès aux soins de santé (oui, non) ont servi de valeur de substitution pour les obstacles à l'accès

Figure 1
Prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré, immigrants de 15 ans et plus en 2000-2001 et population née au Canada, selon le sexe, Canada, 2001 à 2005



[1] données normalisées selon l'âge en fonction de la population de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada

Source : Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, vagues 1, 2 et 3; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, 2002-2003 et 2005.

Tableau 1
Répartition en pourcentage de certaines caractéristiques, selon le sexe, immigrants de 15 ans et plus en 2000-2001, vagues 1 à 3, Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, 2001 à 2005

Caractéristiques	Hommes	Femmes
Taille de l'échantillon (nombre)	3 761	3 872
Total estimé	76 623	79 027
Pourcentage (%)	100	100
Groupe d'âge (vague 1)		
15 à 24 ans	11	10
25 à 44 ans	64	67
45 ans et plus	25	23
Connaissances linguistiques (vagues 1 et 2)		
Constamment bonnes	66	52
En hausse	14	16
En baisse	5	5
Constamment faibles	15	27
PIB par habitant dans le pays d'origine (vague 1)		
L1 (le plus faible)	6	6
L2	61	63
L3	19	19
L4 (le plus élevé)	13	13
Catégorie d'immigrants (vague 1)		
Réfugiés	6	6
Regroupement familial	21	34
Travailleurs qualifiés (y compris la catégorie de l'immigration économique)	73	60
Appartenance à une minorité visible (vague 1)		
Oui	79	80
Non	21	20
Niveau de scolarité à l'arrivée (vague 1)		
Pas de diplôme d'études secondaires	12	16
Diplôme d'études secondaires	10	14
Études postsecondaires partielles	17	22
Diplôme universitaire	39	33
Maîtrise ou niveau supérieur	22	14
Revenu familial (vague 2)		
Aucun revenu	16	17
Faible revenu	42	41
Revenu élevé	39	38
Données manquantes	3	4
Problème d'accès aux soins de santé (vague 2)		
Non	86	83
Oui	14	17
Satisfaction au travail (vague 2)		
Ne travaille pas	30	52
Non	11	7
Oui	59	41
Participation sociale (vague 2)		
Non	30	26
Oui	70	74
Satisfaction à l'égard du logement (vague 3)		
Non/Ne sait pas/Refus	10	12
Oui	90	88
Soutien social (vague 3)		
Non	7	6
Un peu	73	74
Beaucoup	20	20
Attitude amicale des voisins (vague 3)		
Non	2	3
Neutre	25	24
Oui	72	73
Discrimination perçue (vague 3)		
Non	69	74
Rarement	11	9
Souvent/Toujours	20	17
Lieu de résidence (vague 3)		
Toronto	42	43
Vancouver	14	16
Montréal	14	13
Calgary/Edmonton	9	8
Autre	21	21

Source : Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, vagues 1, 2 et 3.

Tableau 2
Prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré, selon le sexe et la période écoulée depuis l'arrivée, immigrants de 15 ans et plus en 2000-2001, vagues 1 à 3, Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, 2001 à 2005

	Hommes									Femmes								
	Six mois			Deux ans			Quatre ans			Six mois			Deux ans			Quatre ans		
		Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	2,2	1,8	2,8	3,7	3,1	4,4	5,4	4,7	6,3	3,8	3,2	4,4	7,2	6,4	8,1	10,7	9,7	11,7
Groupe d'âge (vague 1)																		
15 à 24 ans	2,6[E]	1,4	4,9	3,2[E]	1,8	5,6	3,0[E]	1,8	5,1	2,3[E]	1,2	4,4	3,5[E]	2,0	6,0	2,8[E]	1,7	5,0
25 à 44 ans	1,7[E]	1,2	2,3	2,1	1,6	2,8	4,4	3,6	5,4	2,1	1,6	2,7	5,2	4,4	6,2	8,3	7,2	9,6
45 ans et plus	3,5[E]	2,4	5,1	7,7	6,0	9,9	9,2	7,4	11,3	9,1	7,3	11,4	14,5	12,1	17,1	20,7	18,1	24,0
Connaissances linguistiques (vagues 1 et 2)																		
Constamment bonnes	1,6[E]	1,1	2,3	2,7	2,1	3,5	4,0	3,3	5,0	1,7[E]	1,1	2,4	4,1	3,2	5,2	6,5	5,4	7,8
En hausse	F	F	F	1,9[E]	1,0	3,5	4,6[E]	3,1	6,5	3,2[E]	2,1	5,0	4,4[E]	2,9	6,5	6,6	4,8	9,1
En baisse	F	F	F	F	F	F	6,4[E]	3,4	11,6	F	F	F	7,1[E]	4,1	12,0	9,7[E]	6,0	15,4
Constamment faibles	5,4[E]	3,7	7,8	9,2	6,9	12,1	12,4	9,8	15,6	8,4	6,9	10,3	14,9	12,7	17,3	21,2	18,8	23,7
PIB par habitant dans le pays d'origine (vague 1)																		
L1 (le plus faible)	F	F	F	5,1[E]	3,1	8,2	5,6[E]	3,6	8,6	5,5[E]	3,4	8,8	8,5[E]	5,4	13,1	10,2[E]	7,0	14,7
L2	2,6	1,9	3,4	4,1	3,3	5,1	6,0	5,0	7,2	3,8	3,1	4,7	8,6	7,4	9,8	12,7	11,3	14,1
L3	1,7[E]	1,0	3,0	2,5[E]	1,6	4,1	3,8[E]	2,7	5,4	3,6[E]	2,4	5,5	5,4[E]	3,9	7,5	7,1	5,4	9,3
L4 (le plus élevé)	F	F	F	2,8[E]	1,6	4,8	5,2[E]	3,4	7,7	3,0[E]	1,8	4,9	2,7[E]	1,6	4,6	6,4[E]	4,5	9,0
Catégorie d'immigrants (vague 1)																		
Réfugiés	4,0[E]	2,6	6,2	5,7	4,1	7,9	9,7	7,4	12,8	8,4	6,0	11,5	9,6	7,4	12,3	15,5	12,5	19,2
Regroupement familial	3,6[E]	2,4	5,4	7,1	5,3	9,4	7,5	5,7	9,8	5,3	4,1	6,8	9,2	7,6	11,0	13,4	11,6	15,5
Travailleurs qualifiés (y compris la catégorie de l'immigration économique)	1,7[E]	1,2	2,4	2,5	1,9	3,3	4,5	3,7	5,4	2,4	1,9	3,2	5,9	4,9	7,0	8,6	7,5	9,9
Appartenance à une minorité visible (vague 1)																		
Oui	2,2	1,7	2,9	3,8	3,1	4,6	5,7	4,9	6,6	3,8	3,2	4,5	7,7	6,7	8,8	11,7	10,6	13,0
Non	2,2[E]	1,4	3,4	3,2[E]	2,2	4,7	4,5[E]	3,2	6,2	3,7[E]	2,5	5,4	5,2	3,8	7,1	6,5	4,9	8,6
Niveau de scolarité à l'arrivée (vague 1)																		
Pas de diplôme d'études secondaires	3,4[E]	2,1	5,6	6,2[E]	4,3	8,9	7,1	5,2	9,7	8,8	6,8	11,3	11,5	9,2	14,3	16,0	13,4	19,2
Diplôme d'études secondaires	3,0[E]	1,7	5,1	4,5[E]	2,7	7,5	7,3[E]	5,0	10,4	2,4[E]	1,4	4,1	8,3	6,2	11,0	14,1	11,2	17,5
Études postsecondaires partielles	2,9[E]	1,9	4,6	5,7[E]	4,0	8,1	5,2[E]	3,7	7,5	3,8[E]	2,7	5,4	5,9	4,5	7,9	9,5	7,6	11,8
Diplôme universitaire	1,8[E]	1,2	2,8	2,4[E]	1,7	3,5	5,4	4,2	6,9	2,4[E]	1,6	3,5	5,1	3,9	6,7	8,6	7,1	10,4
Maîtrise ou niveau supérieur	1,4[E]	0,7	2,8	2,6[E]	1,7	3,9	3,9[E]	2,7	5,6	2,5[E]	1,3	4,5	8,0[E]	5,8	11,1	7,7[E]	5,5	10,6
Revenu familial (vague 2)																		
Aucun revenu	3,5[E]	2,3	5,4	5,5[E]	3,9	7,8	6,8	5,1	9,1	5,8	4,3	7,8	8,2	6,4	10,6	10,6	8,5	13,3
Faible revenu	2,5[E]	1,8	3,5	3,6	2,7	4,7	6,3	5,1	7,6	4,0	3,1	5,1	8,4	7,0	10,0	12,4	10,7	14,3
Revenu élevé	1,4[E]	0,9	2,2	2,9	2,1	4,0	3,9	2,9	5,1	2,8[E]	2,0	3,8	5,6	4,4	7,0	8,8	7,3	10,5
Données manquantes	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	11,6[E]	7,0	18,7
Problème d'accès aux soins de santé (vague 2)																		
Non	2,1	1,7	2,7	3,2	2,6	3,9	5,2	4,4	6,0	3,4	2,8	4,2	5,7	4,9	6,6	9,2	8,2	10,3
Oui	2,9[E]	1,6	5,1	6,6[E]	4,5	9,5	7,2	5,1	10,1	5,4[E]	3,8	7,5	14,5	11,8	17,7	18,1	15,1	21,5
Satisfaction au travail (vague 2)																		
Ne travaille pas	3,7	2,7	5,1	6,5	5,1	8,3	7,5	6,0	9,2	5,5	4,5	6,6	9,5	8,2	10,9	13,0	11,6	14,6
Non	F	F	F	4,7[E]	2,8	7,7	7,4[E]	5,1	10,7	F	F	F	8,6[E]	5,6	13,1	13,4[E]	9,4	18,6
Oui	1,6[E]	1,2	2,3	2,0	1,5	2,7	4,0	3,2	5,0	1,9[E]	1,3	2,7	4,1	3,1	5,3	7,2	6,0	8,7
Participation sociale (vague 2)																		
Non	2,0[E]	1,3	3,2	3,4[E]	2,4	4,9	5,2	3,9	6,9	3,4[E]	2,4	4,9	6,8	5,4	8,7	8,7	7,1	10,7
Oui	2,3	1,8	3,0	3,8	3,1	4,6	5,5	4,7	6,5	3,9	3,2	4,7	7,3	6,4	8,4	11,3	10,2	12,6
Satisfaction à l'égard du logement (vague 3)																		
Non/Ne sait pas/Refus	3,2[E]	1,8	5,6	5,3[E]	3,3	8,5	8,9[E]	6,4	12,3	4,9	3,3	7,3	12,0	9,1	15,8	17,1	13,8	21,0
Oui	2,1	1,7	2,7	3,5	2,9	4,2	5,0	4,3	5,9	3,6	3,0	4,3	6,5	5,7	7,5	9,8	8,8	10,9
Soutien social (vague 3)																		
Non	F	F	F	4,8[E]	2,6	8,5	9,5[E]	6,3	14,1	5,1[E]	3,1	8,5	8,2[E]	5,5	12,6	16,0	11,7	21,5
Un peu	2,3	1,8	3,1	3,6	2,9	4,4	5,2	4,4	6,1	3,7	3,1	4,6	7,3	6,3	8,3	10,8	9,7	12,0
Beaucoup	F	F	F	3,6[E]	2,4	5,5	4,9[E]	3,5	6,9	3,4[E]	2,3	5,1	6,7	4,9	9,0	8,6	6,7	11,0
Attitude amicale des voisins (vague 3)																		
Non	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	13,4[E]	8,2	21,0
Neutre	2,8[E]	1,8	4,2	4,0[E]	2,8	5,6	7,5	5,9	9,5	4,6	3,4	6,2	10,0	8,1	12,4	13,5	11,2	16,1
Oui	2,0	1,6	2,7	3,4	2,7	4,1	4,7	3,9	5,7	3,5	2,9	4,3	6,3	5,4	7,3	9,6	8,6	10,9
Discrimination perçue (vague 3)																		
Non	2,4	1,9	3,2	3,8	3,1	4,7	4,6	3,8	5,5	4,0	3,3	4,8	6,7	5,8	7,7	10,3	9,2	11,5
Rarement	F	F	F	F	F	F	5,1[E]	3,1	8,2	2,7[E]	1,4	5,0	7,2[E]	4,8	10,8	11,3	8,1	15,4
Souvent/Toujours	1,9[E]	1,1	3,4	4,0[E]	2,8	5,8	8,5	6,6	10,9	3,6[E]	2,3	5,5	9,5	7,2	12,4	11,9	9,4	14,9
Lieu de résidence (vague 3)																		
Toronto	2,1[E]	1,4	3,1	4,6	3,5	5,9	4,9	3,9	6,2	3,1	2,3	4,2	7,2	5,9	8,7	10,6	9,1	12,4
Vancouver	2,5[E]	1,5	4,2	5,0[E]	3,3	7,4	9,2	6,9	12,2	5,7	4,2	7,6	9,8	7,7	12,4	16,7	14,0	19,8
Montréal	2,6[E]	1,4	4,7	2,7[E]	1,5	4,8	4,4[E]	2,8	6,8	4,7[E]	3,1	7,1	5,9[E]	3,9	8,8	9,2	6,7	12,4
Calgary/Edmonton	F	F	F	2,3[E]	1,3	4,1	5,2	3,4	8,0	3,8[E]	2,2	6,5	7,3[E]	5,0	10,5	8,9	6,4	12,1
Autre	2,0[E]	1,2	3,2	2,1[E]	1,4	3,3	4,8[E]	3,5	6,6	3,0[E]	2,1	4,4	6,1	4,6	8,0	7,8	6,1	9,8

[E] à utiliser avec prudence
F trop peu fiable pour être publié
Source : Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, vagues 1, 2 et 3

aux soins de santé. La participation à des organisations sociales (oui, non) a servi de valeur de substitution pour l'isolement social.

D'autres facteurs après immigration tirés de la vague 3 (48 mois après l'arrivée) rendent compte des facteurs de risque pour la santé liés aux besoins des nouveaux immigrants :

- logement approprié[28] – satisfaction à l'égard du logement (oui, non) comme valeur de substitution;
- soutien social[18,22,46] – nombre de personnes à qui se confier (aucune, 1 à 4, 5 ou plus) comme valeur de substitution;
- collectivités accueillantes[29] – attitude amicale des voisins (oui, neutre, non) et discrimination autodéclarée (non, rarement, parfois/la plupart du temps et tout le temps) comme valeur de substitution;
- importance du lieu de résidence[30] – résidence dans certaines régions métropolitaines de recensement (Toronto, Montréal, Vancouver, Edmonton/Calgary) ou non.

Résultats

Les immigrants qui arrivent au Canada sont généralement en bonne santé. On estime que 2 % des hommes et 4 % des femmes de la cohorte des immigrants de 2000-2001 ont déclaré un mauvais état de santé six mois après leur arrivée (figure 1). Les taux de prévalence normalisés selon l'âge correspondant à un mauvais état de santé chez les personnes nées au Canada étaient d'environ 8 % pour les hommes et 10 % pour les femmes. Quatre ans plus tard, on estime que 5 % des hommes et 11 % des femmes appartenant à la cohorte des immigrants récents ont déclaré un mauvais état de santé, comparativement à 10 % de leurs homologues des deux sexes qui sont nés au pays.

Connaissances linguistiques

La connaissance autoévaluée d'une langue officielle (français ou anglais) chez 66 % des hommes et 52 % des femmes immigrants était bonne six mois après leur arrivée et s'est maintenue au cours des deux années suivantes (tableau 1). Par ailleurs, ces deux années-là, les connaissances linguistiques se sont améliorées chez 14 % des hommes et 16 % des femmes, passant de limitées à bonnes. Toutefois, pour 15 % des hommes et 27 % des femmes, la connaissance des langues officielles est demeurée limitée, et pour 5 % des personnes de chaque sexe, elle a diminué, pour passer de bonne à limitée.

Tendances selon les facteurs avant et après immigration

Au cours des quatre premières années passées au Canada par les immigrants, la prévalence du mauvais état de santé autodéclaré a augmenté chez les personnes dont les connaissances linguistiques étaient constamment limitées, passant de 5 % à 12 % pour les hommes et de 8 % à 21 % pour les femmes. L'augmentation a été moindre chez les personnes dont les connaissances linguistiques étaient constamment bonnes, ce taux passant de 2 % à 4 % chez les hommes et de 2 % à 7 % chez les femmes (tableau 2).

Évidemment, l'augmentation de la prévalence du mauvais état de santé autodéclaré chez les nouveaux immigrants était associée à de nombreux facteurs outre la langue. L'ampleur de la hausse a varié selon les caractéristiques avant et après immigration.

Par exemple, parmi les immigrants de 45 ans et plus en 2000-2001, le pourcentage ayant déclaré un mauvais état de santé a augmenté au cours des quatre années suivantes, passant de 4 % à 9 % chez les hommes et de 9 % à 21 % chez les femmes. Par contre, parmi ceux de 15 à 24 ans en 2000-2001, le pourcentage ayant déclaré un mauvais état de santé a oscillé autour de 2 % ou 3 % tout au long de la période.

Au cours des quatre années, la prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré chez les immigrants qui ont déclaré avoir de la difficulté à accéder aux soins de santé a augmenté, pour passer de 5 % à 18 % chez les femmes et de 3 % à 7 % chez les hommes. Les taux étaient plus faibles chez ceux n'ayant pas déclaré de difficultés d'accès, mais ont augmenté pour passer de 3 % à 9 % chez les femmes et de 2 % à 5 % chez les hommes.

Plusieurs autres facteurs étaient associés à une prévalence élevée d'un mauvais état de santé après quatre ans au Canada. En 2005, le taux de prévalence

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Dans les analyses transversales, la connaissance limitée des langues officielles, ou l'incapacité de parler français ou anglais, a été associée à un mauvais état de santé autodéclaré chez les immigrants récents au Canada.

Ce qu'apporte l'étude

- Il s'agit de la première étude longitudinale au Canada à examiner le rôle que jouent les connaissances linguistiques constamment limitées sur la santé des immigrants.
- Pour les deux sexes, les connaissances constamment limitées en français ou en anglais chez les immigrants récents étaient fortement associées à une augmentation de la prévalence d'un mauvais état de santé autodéclaré.
- Ceux qui ont déclaré avoir acquis des connaissances linguistiques avaient des résultats en matière de santé similaires à ceux ayant déclaré des connaissances constamment bonnes.
- D'autres facteurs associés à une hausse de la prévalence du mauvais état de santé autodéclaré différaient selon le sexe : le statut de réfugié, la discrimination autodéclarée et le fait de vivre à Vancouver étaient significatifs pour les hommes; un âge plus avancé, des difficultés déclarées d'accès aux soins de santé et l'attitude peu amicale des voisins jouaient un rôle significatif pour les femmes.

Tableau 3
Rapports de cotes ajustés pour l'âge et entièrement ajustés liant certaines caractéristiques à un mauvais état de santé autodéclaré à la vague 3, selon le sexe, immigrants récents qui ont déclaré un bon état de santé aux vagues 1 et 2, Canada, Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, 2001 à 2005

	Hommes						Femmes					
	Rapport de cotes ajusté pour l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes entièrement ajusté	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes ajusté pour l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes entièrement ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques		de	à		de	à		de	à		de	à
Âge (vague 3)												
15 à 24 ans†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
25 à 44 ans	1,78*	0,78	4,09	1,54	0,61	3,90	5,60*	2,16	14,53	5,46*	2,01	14,81
45 ans et plus	3,07*	1,34	7,04	2,41	0,97	5,99	13,06*	5,05	33,78	12,09*	4,49	32,55
Connaissances linguistiques (vagues 1 et 2)												
Constamment bonnes†	1,00			1,00	..		1,00			1,00		
En hausse	1,38	0,83	2,3	1,21	0,68	2,17	1,10	0,68	1,76	0,94	0,57	1,55
En baisse	1,75	0,67	4,56	1,52	0,56	4,15	1,23	0,55	2,76	1,08	0,48	2,42
Constamment faibles	2,82*	1,83	4,34	2,44*	1,46	4,08	2,93*	2,17	3,95	2,02*	1,35	3,02
PIB par habitant dans le pays d'origine (vague 1)												
L1 (le plus faible)	1,28	0,59	2,76	0,64	0,25	1,64	1,65	0,79	3,44	0,99	0,40	2,43
L2	1,17	0,67	2,04	0,91	0,49	1,70	2,10*	1,27	3,48	1,38	0,79	2,41
L3	0,85	0,43	1,67	0,79	0,38	1,62	1,34	0,74	2,43	1,20	0,66	2,19
L4 (le plus élevé)†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Catégorie d'immigrants (vague 1)												
Réfugiés	2,30*	1,42	3,74	2,36*	1,13	4,91	1,96*	1,27	3,03	1,66	0,91	3,02
Regroupement familial	1,22	0,77	1,93	1,21	0,65	2,24	1,47*	1,09	1,97	1,27	0,87	1,83
Travailleurs qualifiés (y compris la catégorie de l'immigration économique)†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Appartenance à une minorité visible (vague 1)												
Oui	1,58	0,93	2,67	1,15	0,60	2,21	2,15*	1,36	3,40	1,40	0,80	2,43
Non†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Niveau de scolarité à l'arrivée (vague 1)												
Pas de diplôme d'études secondaires	1,76	0,85	3,65	1,01	0,40	2,55	2,28*	1,28	4,08	1,18	0,55	2,53
Diplôme d'études secondaires	1,73	0,86	3,45	1,22	0,51	2,88	2,49*	1,37	4,52	1,76	0,88	3,52
Études postsecondaires partielles	1,16	0,58	2,33	0,96	0,45	2,04	1,61	0,92	2,81	1,36	0,74	2,50
Diplôme universitaire	1,49	0,84	2,65	1,34	0,73	2,45	1,42	0,82	2,43	1,37	0,77	2,43
Maîtrise ou niveau supérieur†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Revenu familial (vague 2)												
Aucun revenu	1,64	0,97	2,78	1,43	0,76	2,69	0,97	0,63	1,49	0,83	0,52	1,33
Faible revenu	1,66*	1,07	2,56	1,29	0,81	2,05	1,29	0,93	1,79	1,07	0,75	1,54
Revenu élevé†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Données manquantes	1,24	0,41	3,72	1,19	0,39	3,65	0,99	0,44	2,24	0,91	0,39	2,12
Problème d'accès aux soins de santé (vague 2)												
Non†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Oui	1,33	0,81	2,19	1,20	0,71	2,02	1,93*	1,38	2,72	2,10*	1,44	3,07
Satisfaction au travail (vague 2)												
Ne travaille pas	1,49*	1,11	2,01	0,91	0,58	1,42	1,49*	1,11	2,01	1,24	0,89	1,72
Non	1,54	0,87	2,74	1,36	0,75	2,45	1,54	0,87	2,74	1,24	0,67	2,29
Oui	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Participation sociale (vague 2)												
Non	0,94	0,63	1,41	0,88	0,57	1,37	1,40	1,00	1,96	1,16	0,81	1,67
Oui†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Satisfaction à l'égard du logement (vague 3)												
Non	1,66*	1,01	2,73	1,26	0,73	2,17	1,64*	1,11	2,42	1,42	0,92	2,18
Oui†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Soutien social (vague 3)												
Non	1,52	0,74	3,12	1,33	0,60	2,95	2,16*	1,14	4,11	1,76	0,90	3,44
Un peu	1,00	0,62	1,61	1,00	0,60	1,66	1,58*	1,05	2,36	1,50	0,99	2,29
Beaucoup†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Attitude amicale des voisins (vague 3)												
Non	1,05	0,19	5,90	1,04	0,18	6,10	1,48	0,71	3,09	1,58	0,73	3,44
Neutre	1,51*	1,01	2,25	1,27	0,84	2,01	1,53*	1,12	2,09	1,43*	1,02	2,00
Oui†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Discrimination perçue (vague 3)												
Non†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Rarement	1,86*	1,03	3,36	1,86	0,98	3,53	1,42	0,88	2,29	1,43	0,84	2,41
Souvent/Toujours	2,61*	1,74	3,90	2,50*	1,60	3,90	1,13	0,78	1,65	1,11	0,73	1,68
Lieu de résidence (vague 3)												
Toronto†	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..	1,00	..	..
Vancouver	2,25*	1,35	3,76	1,95*	1,14	3,31	1,50*	1,06	2,13	1,41	0,96	2,07
Montréal	1,31	0,71	2,43	1,52	0,80	2,88	0,90	0,55	1,22	0,94	0,55	1,58
Calgary/Edmonton	1,15	0,59	2,23	1,11	0,54	2,29	0,75	0,46	1,22	0,82	0,48	1,38
Autre	1,23	0,74	2,02	1,26	0,72	2,18	0,71	0,48	1,06	0,85	0,56	1,28

† catégorie de référence
* différence significative par rapport à la catégorie de référence ($p < 0,05$)
.. n'ayant pas lieu de figurer
Source : Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, vagues 1, 2 et 3.

du mauvais état de santé était d'au moins 10 % pour les hommes et de 15 % pour les femmes qui sont arrivés en tant que réfugiés ou qui n'avaient pas de soutien social. Le pourcentage était aussi d'au moins 15 % pour les femmes qui avaient un niveau relativement faible de scolarité, n'avaient pas un logement satisfaisant, ou vivaient à Vancouver.

Résultats de l'analyse multivariée

Afin de comprendre les facteurs liés à la détérioration de l'état de santé, l'analyse qui suit est axée sur les 95 % d'hommes et 91 % de femmes immigrants qui ont déclaré un bon état de santé, tant en 2000-2001 qu'en 2003. En 2005, 4 % de ces hommes et 7 % de ces femmes ont connu une détérioration de leur état de santé, c'est-à-dire qu'ils ont déclaré être en mauvaise santé.

Pour les deux sexes, les connaissances linguistiques étaient liées à la probabilité d'une détérioration de l'état de santé : les cotes corrigées de l'âge exprimant le risque que les immigrants ayant constamment des connaissances limitées déclarent un mauvais état de santé en 2005 étaient près de trois fois plus élevées que pour les immigrants dont les connaissances linguistiques étaient constamment bonnes (tableau 3). Toutefois, d'autres facteurs avant et après immigration ont été associés à la détérioration de l'état de santé. Par exemple, les cotes corrigées de l'âge étaient élevées chez les immigrants qui étaient plus âgés, qui étaient arrivés en tant que réfugiés, qui ne travaillaient pas, qui n'étaient pas satisfaits de leur logement ou qui vivaient à Vancouver. Par ailleurs, les facteurs importants différaient pour les hommes et pour les femmes. Nombre de ces facteurs étaient liés entre eux. Afin de tenir compte de la possibilité de confusion et de déterminer les variables, y compris les connaissances linguistiques, qui étaient associées de façon indépendante à une détérioration de l'état de santé déclaré, on a procédé à une analyse multivariée. Après vérification, aucune multicollinéarité des variables indépendantes n'a été décelée.

Lorsque tous les facteurs avant et après immigration choisis ont été pris en compte simultanément, relativement peu d'entre eux ont conservé un lien significatif avec une transition à un mauvais état de santé autodéclaré. La connaissance constamment limitée des langues officielles, toutefois, figurait parmi eux, et il s'agissait du seul facteur que l'on estimait être significatif pour les deux sexes. Chez les hommes et les femmes immigrants ayant une connaissance constamment limitée, les estimations des cotes exprimant le risque d'une détérioration de l'état de santé étaient près de deux fois plus élevées que chez leurs homologues dont les connaissances linguistiques étaient constamment bonnes. Par ailleurs, chez ceux qui ont augmenté leurs connaissances linguistiques, on estime que les cotes exprimant le risque d'une détérioration de l'état de santé étaient similaires à celles pour les immigrants qui avaient constamment de bonnes connaissances linguistiques.

Dans le cas des hommes, les autres facteurs qui sont demeurés associés de façon significative à une détérioration autodéclarée de la santé étaient le fait d'être arrivé au Canada en tant que réfugié, de déclarer être souvent victime de discrimination et de vivre à Vancouver. Dans le cas des femmes, les autres facteurs significatifs étaient l'âge plus avancé, les problèmes d'accès aux soins de santé et la perception d'une attitude peu amicale de la part des voisins.

Discussion

Même lorsque l'on a tenu compte des facteurs avant et après immigration, une connaissance constamment limitée des langues officielles a continué d'être liée de façon significative à une détérioration de l'état de santé autodéclaré, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce résultat est conforme à ceux d'une étude antérieure fondée sur l'ELIC[22], qui a déterminé que la connaissance de la langue anglaise était importante pour le maintien d'une bonne santé. Par ailleurs, une étude[47] fondée sur l'ESCC a démontré que des connaissances linguistiques limitées en situation de minorité linguistique étaient associées à un moins bon état de santé autodéclaré et que les répercussions étaient plus grandes pour les hommes, ce qui est conforme aux résultats présentés ici.

Par contre, une autre étude récente fondée sur l'ELIC[27] documentant une détérioration de l'état de santé autodéclaré des nouveaux immigrants n'a pas déterminé d'association statistique avec les connaissances linguistiques. Toutefois, cette analyse reposait sur l'anglais ou le français parlé à la maison comme valeur de substitution pour les connaissances linguistiques, tandis que la présente analyse a utilisé la capacité autodéclarée de converser dans l'une ou l'autre des langues officielles. De nombreux nouveaux immigrants viennent de pays où l'anglais ou le français sont peut-être parlés, mais pas à la maison. Par conséquent, la langue parlée à la maison pourrait ne pas représenter une valeur de substitution idéale.

Les connaissances linguistiques font partie de toute une gamme d'éléments qui peuvent influer sur la santé des immigrants. Des connaissances linguistiques limitées pourraient influencer la santé en : 1) limitant l'accès aux services de santé; 2) créant des difficultés économiques; et 3) réduisant la participation sociale[34]. Même si les femmes citent fréquemment les limites linguistiques comme un obstacle à l'accès aux services de santé[48], dans la présente analyse, même lorsque les connaissances linguistiques ont été prises en compte, les problèmes d'accès aux soins de santé sont demeurés associés à une détérioration de l'état de santé autodéclaré. Par contre, l'association entre l'emploi et la détérioration de l'état de santé autodéclaré est disparue dans l'analyse multivariée. Dans le cas des femmes, un faible soutien social était associé à un mauvais état de santé dans l'analyse bivariée, mais pas lorsque les autres variables étaient prises en compte. En outre, même si d'autres recherches ont établi un lien entre le mauvais état de santé et des niveaux plus faibles de capital social[22], défini dans la présente étude comme la participation sociale,

celui-ci n'était pas associé à la transition à un mauvais état de santé autodéclaré.

Outre les capacités linguistiques, chez les immigrants de Vancouver de sexe masculin, les cotes exprimant le risque d'une détérioration de l'état de santé étaient relativement plus élevées, tout comme celles découlant d'études antérieures fondées sur l'ELIC[22,27]. D'autres analyses des données de l'ELIC pourraient tenir compte de la composition de la population des collectivités, afin de comprendre l'effet contextuel.

L'arrivée au pays en tant que réfugié et la perception de discrimination représentaient tous les deux des facteurs de risque importants pour les hommes. Les réfugiés de sexe masculin font souvent face à une plus grande perte de statut social que les réfugiés de sexe féminin, ce qui pourrait être associé à la détérioration plus grande de leur état de santé[49,50]. Par ailleurs, les liens entre la discrimination et la santé sont bien documentés[20,51-53].

Les connaissances linguistiques autodéclarées ont changé au fil du temps. On a noté à la fois des améliorations et des détériorations. Les détériorations pourraient être liées à une surévaluation initiale. Elles pourraient aussi résulter de l'aliénation sociale ou d'un point de repère différent, c'est-à-dire l'utilisation de normes propres au Canada plutôt qu'au pays d'origine en matière de compétences linguistiques. Dans le cas des femmes, les responsabilités en matière de soins pourraient empêcher la participation à la formation linguistique[54].

Limites

L'ELIC comporte plusieurs limites dignes de mention. Les connaissances linguistiques et l'état de santé, les deux principales variables de l'analyse, sont autodéclarés; ni l'une ni l'autre de ces variables n'a été mesurée de façon objective ou constante. Dans le cas de la langue, les résultats dépendent non seulement de la capacité réelle de parler des immigrants, mais aussi de leur perception de cette capacité, qui peut différer d'une personne à l'autre et au fil du temps. Par ailleurs, l'enquête n'a pas permis de recueillir de données sur les comportements influant sur la santé (p. ex. le tabagisme et l'activité physique), lesquels pourraient avoir eu des effets sur l'état de santé autodéclaré. Enfin, même si on a utilisé des poids d'échantillonnage pour tenir compte de l'érosion de l'échantillon, les taux de réponse longitudinaux étaient relativement faibles.

Conclusion

On observe que les connaissances linguistiques constamment limitées sont associées à une détérioration significative de l'état de santé autodéclaré chez les immigrants des deux sexes au cours de leurs quatre premières années au Canada. Ceux qui ont acquis des connaissances linguistiques ont obtenu des résultats en matière de santé similaires à ceux qui ont constamment eu de bonnes connaissances linguistiques. Cela porte à croire que les avantages que procure l'acquisition de compétences en matière de langues officielles ne sont peut-être pas seulement sociaux et économiques, mais éventuellement associés au maintien de l'état de santé également. ■

Références

1. I. Hyman, « Immigration et santé », *Série de documents de travail sur les politiques de santé*, Document de travail 01-05, Ottawa, Santé Canada, 2001.
2. Hyman I., *Immigration and health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*, Centre conjoint d'excellence pour la recherche en immigration et en intégration, Document de travail n° 55 du CERIS, Toronto (Ontario), mars 2007.
3. K.B. Newbold, « Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect », *Social Science and Medicine*, 60, 2005, p. 1359-1370.
4. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron et J.-M. Berthelot, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *En santé aujourd'hui, en santé demain?* (Statistique Canada, n° 82-618 au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2005.
5. J. Ali, « La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 13 (supplément), 2002, p. 113-125.
6. Y. Lou et R. Beaujot, *What Happens to the 'Healthy Immigrant Effect': The Mental Health of Immigrants to Canada*, Discussion paper No. 05-15, Population Studies Centre, University of Western Ontario, London (Ontario), 2005.
7. M. Stafford, B.K. Newbold et N.A. Ross, « Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: a contextual analysis », *International Journal of Social Psychiatry* (prepublication), 8 avril 2010, doi: 10.1177/0020764010365407.
8. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 37-50.
9. K.B. Newbold et J. Danforth, « Health status and Canada's immigrant population », *Social Science and Medicine*, 57, 2003, p. 1881-1995.
10. G. Saposnik, D.A. Redelmeier, H. Lu *et al.*, « Myocardial infarction associated with recency of immigration to Ontario », *Quarterly Journal of Medicine*, 103(4), 2010, p. 253-258.
11. G. Saposnik, D.A. Redelmeier, H. Lu *et al.*, « Risk of premature stroke in recent immigrants (PRESARIO): population-based matched cohort study », *Neurology*, 74(6), 2010, p. 451-457.
12. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41.
13. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 inclusivement », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 27-48.
14. M.L. Urquia, J.W. Frank, R. Moineddin et R.H. Glazier, « Immigrants' duration of residence and adverse birth outcomes: a population-based study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117(5), 2010, p. 591-601.
15. B. Vissandjée, M. Weinfeld, S. Dupere et S. Abdool, « Sex, gender, ethnicity, and access to health care services: Research and policy challenges for immigrant women in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, 2(1), 2001, p. 55-75.

16. L. Steele, C. Lemieux, J. Clark et R. Glazier, « The impact of policy changes on the health of recent immigrants and refugees in the inner city », *Canadian Journal of Public Health*, 93(2), 2002, p. 118-122.

17. J.R. Dunn et I. Dyck, « Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, 51, 2000, p. 1573-1593.

18. M. Stewart, J. Anderson, E. Mwakarimba *et al.*, « Multicultural meanings of social support », *International Migration*, 46(3), 2008, p. 123-159.

19. D.L. Spitzer, « In visible bodies: minority women, nurses, time and the new economy of care », *Medical Anthropology Quarterly*, 18(4), 2004, p. 490-508.

20. F.G. De Maio et E. Kemp, « The deterioration of health status among immigrants to Canada », *Global Public Health*, 2009, p. 1-17.

21. Conseil canadien sur l'apprentissage, *La littératie en santé au Canada : Une question de bien-être*, Ottawa, Conseil canadien sur l'apprentissage, 2008.

22. J. Zhao, L. Xue et T. Gilkinson, « Health status and social capital of recent immigrants in Canada: Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », dans A. Sweetman et E. Ruddick Worswick, sous la direction de, *Canadian Immigration: Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment*, Kingston (Ontario), Queen's University Press, 2010.

23. A. Llácer, M.V. Zunzunegui, J.A. Lucia Azarrasa et F. Bolumar, « The contribution of a gender perspective to the understanding of migrant health », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(Suppl. II), 2007, p. ii4-ii10.

24. D.L. Spitzer, « Engendering health disparities », *Canadian Journal of Public Health*, 96 (supplément 2), 2005, p. S78-S96.

25. W. Thurston et B. Vissandjée, « An ecological model for understanding culture as a determinant of women's health », *Critical Public Health*, 15(3), 2005, p. 229-242.

26. Institut canadien d'information sur la santé et Santé Canada, *Integrating ethnicity and immigration as determinants of Canadian women's health, Women's Health Surveillance Report, Supplementary Chapters*, Ottawa, ICIS, 2004, p. 5-7.

27. K.B. Newbold, « The short term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC », *Ethnicity and Health*, 14(3), 2009, p. 315-336.

28. Institut canadien d'information sur la santé, *Le logement et la santé de la population. L'état des connaissances scientifiques actuelles*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004.

29. Institut canadien des urbanistes, *Plan Canada Special Edition: Welcoming Communities: Planning for Diverse Populations*, Ottawa, Institut canadien des urbanistes, 2009.

30. Santé Canada, « Les gens, les lieux, la santé », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, numéro 14, Ottawa, Santé Canada, 2007.

31. K. Pottie, E. Ng, D. Spitzer *et al.*, « Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 2008, p. 505-510.

32. G. Carliner, « Wage differences by language group and the market for language skills in Canada », *Journal of Human Resources*, 16(3), 1981, p. 384-399.

33. B.R. Chiswick et P. Miller, *Language Skills and Immigrant Adjustment: What Immigration Policy Can Do*, IZA Discussion Paper 1419, Bonn, Germany, Institute for the Study of Labor, 2006.

34. B.R. Chiswick, W.L. Lee et P. Miller, *Immigrant Selection Systems and Immigrant Health*, IZA Discussion Paper 2345, Bonn, Germany, Institute for the Study of Labor, 2006.

35. B. Chiswick, W.L. Lee et P. Miller, « Immigrant selection systems and immigrant health », *Contemporary Economic Policy*, 26(4), 2008, p. 555-577.

36. C. Grondin, *Connaissance des langues officielles chez les nouveaux immigrants : à quel point est-ce important sur le marché du travail?* (Statistique Canada, nº 89-624-XIF au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2007.

37. T. Chui, K. Tran et H. Maheux, *Immigration au Canada : un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006* (Statistique Canada, nº 97-557-XIF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2007.

38. M. Simard, T. Leesti et J. Denis, « Dépistage et ajustements pour la non-réponse dans l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada », *Recueil du Symposium 2003 de Statistique Canada* (Statistique Canada, nº 11-522-XIF au catalogue), Ottawa, 2003.

39. Statistique Canada, *Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : Guide de l'utilisateur des microdonnées – Vague 3*, Ottawa, Statistique Canada, 2007.

40. T. Chui, *Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada : le processus, le progrès et les perspectives* (Statistique Canada, nº 89-611-XIF au catalogue), Ottawa, Statistique Canada, 2003.

41. N. Hoeymans, E. Feskens, D. Kromhout *et al.*, « Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men », *Social Science and Medicine*, 45(1), 1997, p. 1527-1536.

42. S. Miilunpalo, I. Vuori, P. Oja *et al.*, « Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population », *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 1997, p. 517-528.

43. J.T. McDonald et S. Kennedy, « Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, 59, 2004, p. 1613-1627.

44. G. Kaplan et T. Comacho, « Self-evaluated health and mortality: a nine-year follow up of the human population laboratory component », *American Journal of Epidemiology*, 117, 1993, p. 292-305.

45. A. Heston, R. Summers et B. Aten, *Penn World Table Version 6.2*, Philadelphia, Pennsylvania, Center for International Comparisons of Production, Income and Prices at the University of Pennsylvania, 2006.

46. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*, Ottawa, ASPC, 2008.

47. L. Bouchard, I. Gaboury, A.H. Chomienne *et al.*, « La santé en situation linguistique minoritaire », *Politiques de santé – Healthcare Policy*, 4(4), 2009, p. 36-42.

48. A. Gagnon, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude nº 40 (Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.

49. K. Pottie, J.B. Brown et S. Dunn, « The resettlement of Central American men in Canada: from emotional distress to successful integration », *Refuge*, 22(2), 2005, p. 101-111.

50. M. Freire, « The Latin American exile experience from a gender perspective: a psychodynamic assessment », *Refuge*, 14, 1995, p. 20-25.

51. A.S. Brooker et J. Eakin, « Gender, class, work-related stress and health: toward a power-centred approach », *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 2001, p. 97-109.

52. R. Din-Dzietham, W. Nembhard, R. Collins et S. Davis, « Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The Metro Atlanta Heart Disease Study, 1999-2001 », *Social Science and Medicine*, 58, 2004, p. 449-461.

53. N. Krieger, « Embodying inequality: A review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination », *International Journal of Health Services*, 29(2), 1999, p. 295-352.

54. M. VanderPlaat, *Integration Outcomes for Immigrant Women in Canada: A Review of the Literature 2000-2007*, AMC Working Paper No. 7, Halifax, Atlantic Metropolis Centre, 2007.